

RAFAELA FRARE SCHWINGEL

**CRITÉRIOS PROGNÓSTICOS DE PACIENTES
GRAVES: COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS
MÉDICOS DO HU/UFSC E O ÍNDICE APACHE II**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**



03751619

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

RAFAELA FRARE SCHWINGEL

**CRITÉRIOS PROGNÓSTICOS DE PACIENTES
GRAVES: COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS
MÉDICOS DO HU/UFSC E O ÍNDICE APACHE II**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Professora Orientadora: Prof^a. Dra. Rachel Duarte Moritz

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

Schwingel, Rafaela Frare.

CrITÉrios prognÓsticos de pacientes graves: comparaÇão entre a percepÇão dos mÉdicos do HU/UFSC e o Índice APACHE II / Rafaela Frare Schwingel – FlorianÓpolis, 2005.

31p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de GraduaÇão em Medicina.

1. APACHE II 2. PercepÇão dos mÉdicos 3. Pacientes graves 4. UTI

SUMMARY

Objective – To evaluate ICU survival predictions by ICU physicians in comparison with the APACHE II score index; to verify if the age, gender and the length of work in the ICU had any influences in their perceptions; to compare the ICU physician perceptions against perception of physician from other hospital settings.

Methods – Transversal study, approved of ethical committee. Firstly, was applied a questionnaire to the ICU physicians containing questions about the prognostic of the ICU patients (n=16). In a second turn five clinical cases from patients enrolled in this study were distributed to the six not ICU physicians that answered the same questionnaire. The variables analysis were performed using parametric and non parametric tests (significant $p \leq 0,05$).

Results – Six ICU physicians and six other physicians participated in the study. The mean age of these professionals was 36,8 and 38,5 y/o, respectively. In the first study branch, prediction of death by the APACHE II was 24,1% and by the ICU physician perception was 34,7%. The actual mortality rate was 31,2%. Within the female ICU physicians, the mean prediction of death was 41,2% and within the most experienced staff was 36,2% ($p \leq 0,05$). The second turn showed that the perception of the ICU physicians to the same subject were worst, 48,8%’.

Conclusion – We observed a tendency toward a worse prognosis by the physician perspective, when compared with APACHE II and the actual mortality rate. This impression was still worse within the ICU physicians more experienced.

1 – INTRODUÇÃO

As primeiras unidades de terapia intensiva (UTI) surgiram nos anos 50 em função das epidemias de poliomielite ocorridas na Dinamarca e nos EUA. No Brasil, em 1967, foi implantado o primeiro Centro de Terapia Intensiva no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em Santa Catarina, a primeira UTI foi inaugurada em 1968, no Hospital Governador Celso Ramos¹. O serviço de medicina intensiva foi iniciado no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) em 1983. As UTIs, que se caracterizavam inicialmente por oferecerem somente assistência ventilatória, foram se aperfeiçoando e, a partir dos anos 70, com o desenvolvimento continuado de novas tecnologias, o paciente gravemente enfermo pode ser mantido por um longo período de tempo nessas unidades. Em alguns casos, a morte é praticamente inevitável, sendo apenas retardada a um alto custo, financeiro, moral e psicológico, para todos os envolvidos². Cada vez mais, os médicos intensivistas, treinados para diagnosticar, tratar e manter vivos os doentes em iminente risco de vida, porém potencialmente recuperáveis³, sofrem um constante dilema sobre quando fornecer assistência médica que poderá prolongar o morrer e não salvar a vida. Como um corolário, esses profissionais sentem-se angustiados diante da necessidade do uso racional dos leitos nas UTIs⁴⁻⁷.

Em 2002, a portaria do Ministério da Saúde nº1101, baseada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, definiu que o número de leitos para as UTIs deve ser de 4% a 10% do total de leitos hospitalares⁴. Entretanto, esse número é insuficiente na maioria das cidades brasileiras, mesmo nos grandes centros urbanos. Cita-se como exemplo o Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que possui 268 leitos para pacientes adultos, sendo somente 6 leitos destinados a cuidados intensivos para pacientes dessa faixa etária.

Pode se concluir que a demanda por cuidados intensivos freqüentemente excede o oferecido⁸, que o tempo de permanência dos pacientes nas UTIs tem se tornado cada vez mais prolongado e que a necessidade do uso racional dos leitos nessas unidades tem sido uma preocupação crescente dos médicos intensivistas⁴⁻⁷.

Visando auxiliar os profissionais médicos quanto à necessidade de internação do paciente na UTI e/ou manutenção do tratamento do paciente nesta unidade, têm sido desenvolvidos, tanto em nível mundial⁹⁻¹⁷ quanto nacional^{3,18-21}, índices de gravidade e critérios específicos de internação e alta nas UTIs.

Em 1967, surgiu um dos primeiros sistemas prognósticos, que foi a classificação de Killip para pacientes com infarto agudo do miocárdio. A partir de 1974 a Escala de Coma de Glasgow, específica para pacientes traumatizados de crânio, e a classificação de Ramson, específica para pacientes com pancreatite, foram incluídas nesses sistemas. O primeiro critério prognóstico desenvolvido para pacientes gravemente enfermos foi o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS).

Em 1981, Knaus e cols criaram o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE)⁹, que avalia variáveis fisiológicas, idade e estado prévio da saúde do paciente. Os mesmos autores, na tentativa de aperfeiçoarem o índice anterior, em 1985 desenvolveram o APACHE II¹⁰. Este sistema de avaliação de gravidade da doença consiste de um escore que leva em consideração a idade do paciente, o seu estado prévio de saúde (doenças crônicas) e 12 variáveis fisiológicas e laboratoriais (temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial média, oxigenação, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, hematócrito, número de leucócitos e escala de coma de Glasgow)¹⁰. Embora tenha sido um dos primeiros sistemas prognósticos descritos, o APACHE II é o índice mais utilizado nas UTIs brasileiras, sendo adotado pelo Ministério da Saúde como um critério de classificação dessas unidades²². É necessário que cada serviço de saúde tenha, devido às diferenças dos seus pacientes, um sistema prognóstico validado^{18-20,23}. A validação do APACHE II, no HU/UFSC, foi realizada por Costa em 1994.

O *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS)^{12,13}, elaborado em 1984, e o *Mortality Prediction Model* (MPM)¹⁴, em 1993, juntamente com o APACHE^{9-11,20-23} têm sido usados para gerar informações prognósticas dos pacientes admitidos em UTI dentro de 24 horas. Mais recentemente, entre 1996 e 2001, medidas específicas de disfunção de órgãos durante a admissão na UTI (o *Logistic Organ Dysfunction Score*)¹⁵ e durante permanência na UTI (o *Multiple Organ Dysfunction Score* [MODS] e o *Sequential Organ Failure Assessment Score* [SOFAS])^{16,17} têm ajudado a descrever a base e o envolvimento da disfunção de órgãos.

No Brasil, em 1988, foi desenvolvido o modelo UNICAMP e em 2002 o modelo UNICAMP II, que identificou os fatores mais expressivos na mortalidade de pacientes

internados em UTI, tais como a pontuação APS do APACHE II, a utilização de ventilação mecânica, a presença de insuficiência renal e a não-eletividade da internação^{18,19}.

As recomendações do *American College of Critical Care Medicine* e da *Society of Critical Care Medicine*²¹ publicadas em 1999 apresentam dois modelos de avaliação para a internação de pacientes nas UTIs, que levam em consideração as condições específicas dos pacientes, os diagnósticos de comorbidades e parâmetros objetivos como os dados de exame físico e de exames complementares.

Trabalhos nacionais, como o de Machado e Moritz, em 1999, ressaltam a importância de serem seguidos critérios previamente estabelecidos para a admissão de pacientes em UTI. Esses critérios são subdivididos, por prioridade, em níveis 1, 2 e 3. São considerados de nível 1 os pacientes que sofrem de doença aguda reversível e que necessitam de acompanhamento intensivo, suporte ventilatório e/ou monitorização hemodinâmica. Pacientes que necessitam somente de monitoração e que podem se beneficiar com o tratamento intensivo são considerados como nível 2, e aqueles que sofrem de uma intercorrência aguda de patologias crônicas poderão ser internados na UTI caso haja vaga nesse setor (nível 3)³.

Estudos prévios têm examinado a acurácia de medidas sequenciais de severidade da doença²⁴ e têm buscado preditores prognósticos clínicos durante a admissão na UTI²⁵, dentro de 24 horas da admissão na UTI²⁶⁻²⁸, no dia seguinte à admissão²⁹ e 4 dias depois da admissão na UTI³⁰. Contudo, informações sobre a acurácia e sobre as consequências de medidas sequenciais preferivelmente a preditores clínicos individuais de mortalidade, durante a permanência na UTI, são limitadas. Em adição, a habilidade de enfermeiros e médicos intensivistas para identificar pacientes de alto risco de morte não têm sido diretamente comparada ou analisada sobre o curso de pacientes permanentes na UTI³¹.

Entretanto, é importante ressaltar que os índices citados não são aplicáveis individualmente por questões ético-legais e também porque se prestam à estimativa de prognóstico de grupo de pacientes. Segundo Cordeiro todos os casos que implicam decisões de vida e de morte são muito difíceis porque envolvem desafios clínicos e problemas éticos não bem definidos do ponto de vista legal³².

Tendo em vista a importância do debate sobre o uso racional dos leitos da UTI e a dificuldade do médico intensivista quanto à decisão de manutenção ou retirada do tratamento, torna-se necessário um debate contínuo deste tema.

2 - OBJETIVOS

1. Comparar a percepção dos médicos que trabalham na UTI do HU/UFSC, quanto ao prognóstico de pacientes gravemente enfermos internados nesta unidade, com o índice de gravidade APACHE II;
2. Verificar se a idade, o sexo e o tempo de serviço desses profissionais apresentam influência nas suas percepções;
3. Comparar a percepção dos médicos que trabalham na UTI do HU/UFSC com a de médicos que não trabalham em Medicina Intensiva, quanto ao prognóstico desses pacientes.

3 – MÉTODO

Este é um estudo de corte transversal, com abordagem quanti-qualitativa e que foi iniciado após a aprovação pela Comissão de Pesquisa em Seres Humanos da UFSC.

Este estudo constou de duas fases. Inicialmente foi elaborado, pelos pesquisadores, um questionário, baseado em critérios subjetivos quanto à admissão e quanto à avaliação prognóstica dos pacientes internados na UTI. Trata-se de um questionário estruturado, auto-aplicativo e previamente validado em população semelhante. Os seis profissionais que fizeram parte dessa validação compreenderam, responderam e sugeriram alguns ajustes no documento. Esses ajustes foram efetuados e as sugestões foram incorporadas à versão final que foi aplicada no estudo. Além de informações sociodemográficas dos profissionais avaliados e do score e do índice APACHE II correspondente ao paciente internado, o questionário constou de quatro questões sobre decisões a respeito da admissão do paciente na UTI e sobre a perspectiva da sua sobrevivência ou morte nessas unidades ou na enfermaria (Apêndice 1). Tanto o índice APACHE II quanto o questionário foram respondidos nas primeiras 24 horas de internação dos pacientes.

Na primeira fase do estudo, realizada entre 01 de novembro e 15 de dezembro de 2004, os médicos que trabalhavam na UTI (grupo 1) responderam ao questionário. Concomitantemente, foi calculado, pela pesquisadora, o score e o índice APACHE II para cada paciente incluso neste estudo. Foram excluídos os pacientes que já tivessem ultrapassado as primeiras 24 horas de internação no momento da aplicação do questionário e as reinternações.

Na segunda fase, realizada em janeiro de 2005, foram escolhidos aleatoriamente cinco casos clínicos dos pacientes que fizeram parte da primeira fase (Apêndice 2). Esses casos, onde constaram a história da admissão, a evolução, os exames complementares e as hipóteses diagnósticas desses pacientes, foram entregues a outros seis médicos, não-intensivistas, pertencentes ao quadro clínico do HU/UFSC. Foi realizado um sorteio desses profissionais, estratificando-se a amostra pelas seguintes categorias: 2 Clínicos Gerais, 2 Cirurgões Gerais, 1 médico residente de Clínica Médica e 1 médico residente de Cirurgia Geral. Todos os médicos sorteados (grupo 2) aceitaram participar do estudo e responderam ao questionário.

Ressalta-se que as informações que não eram do conhecimento dos médicos do grupo 1 no momento das respostas dos questionários foram omitidas na segunda fase do estudo.

Os profissionais do grupo 1 foram subdivididos de acordo com a faixa etária (maior ou menor que 35 anos), sexo e tempo de serviço em UTI (maior ou menor que 5 anos).

Para fins de análise, no que concerne ao prognóstico do índice APACHE II e da previsão dos profissionais sobre a vida e a morte, tomou-se como ponto de corte um valor de 50%²⁵.

Após coleta dos dados foi utilizado o software Microsoft Excel 2002 para análise dos resultados e confecções de gráficos. A análise das variáveis foi realizada através do programa EpiInfo 06, sendo utilizados testes paramétricos (qui-quadrado e exato de Fisher) para amostras intervalares e não-paramétricos (teste t *Student*) para amostras nominais. Foi considerado como significativo um $p \leq 0.05$.

4 - RESULTADOS

A UTI/HU é uma UTI geral de adultos que possui 6 leitos. Neste local trabalhavam, no período avaliado, 6 médicos intensivistas e 2 médicos residentes. Dois profissionais estavam no período de férias; portanto, foram avaliados na primeira fase do estudo um total de 6 profissionais (Grupo 1). Na segunda fase, foi avaliado o mesmo número de profissionais médicos (Grupo 2). Os dados demográficos desses profissionais podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas dos médicos estudados.

Características	Profissionais Avaliados				Total	
	Grupo 1		Grupo 2			
	N	%	N	%	N	%
Demográficas						
Sexo						
Feminino	3	50	4	66,6	7	58,3
Masculino	3	50	2	33,4	5	41,7
Idade (anos)						
Média	36,8 ± 10,1		38,5 ± 14			
Min/Max	25 / 49		26 / 55			
Religião						
Católica	4	66,6	6	100	10	83,3
Agnóstica/Ateu	2	33,4			2	16,7
Tempo serviço em Hospital						
< 5 anos	2	33,4	3	50	5	41,7
> 5 anos	4	66,6	3	50	7	58,3
Tempo serviço em UTI						
< 5 anos	2	33,4			2	33,4
> 5 anos	4	66,6			4	66,6

Fonte: HU/UFSC 01 de Novembro a 15 de Dezembro de 2004/Fevereiro de 2005

A formação profissional dos médicos da UTI pertencentes ao grupo 1 foi: 4 médicos Intensivistas, 1 médico residente de Medicina Intensiva e 1 médico residente de Clínica Médica. Na segunda fase os médicos do grupo 2 possuíam a seguinte formação profissional: 2 Cirurgiões Gerais, 2 Clínicos Gerais, 1 residente de Cirurgia Geral e 1 residente de Clínica Médica. Durante o período do estudo os médicos do grupo 1 responderam a 16 questionários referentes aos pacientes admitidos na UTI.

O escore APACHE II desses pacientes variou de 2 a 27, sendo a média igual a 14. O índice preditivo do risco de óbito APACHE II médio foi de 24,1%, variando de 4,2% a 60,5%.

Os resultados da percepção dos médicos da UTI quanto à perspectiva de sobrevivência ou óbito dos pacientes na UTI e na Enfermaria, e a mortalidade real desses pacientes podem ser observados na Tabela 2. Pode-se constatar que houve acerto dos profissionais em 69% dos casos.

Tabela 2 – Comparação entre a percepção dos médicos da UTI quanto à evolução dos pacientes

Pacientes	Percepção médicos UTI (Grupo 1)				Evolução dos pacientes		Acerto
	Perspectiva de sobreviver na UTI		Perspectiva de sobreviver na Enfermaria		Alta	Óbito	
1	++	não	+++	sim		Sim	Sim
2	+++	não	+++	não		Sim	Sim
3	++	não	+++	sim	Sim		Não
4	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
5	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
6	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
7	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
8	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
9	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
10	++	sim	+++	sim		Sim	Não
11	++	não	++	não	Sim		Não
12	+++	sim	++	sim		Sim	Não
13	++	sim	++	não		Sim	Não
14	++	sim	++	sim	Sim		Sim
15	+++	sim	+++	sim	Sim		Sim
16	++	sim	+++	sim	Sim		Sim

Fonte: UTI/ HU/UFSC 01 de Novembro a 15 de Dezembro de2004. +++ = certamente; ++ = provavelmente

São demonstrados, na Tabela 3, os índices de mortalidade do APACHE II, as expectativas de óbito médias fornecidas pelos médicos do grupo 1 e a evolução dos pacientes incluídos neste estudo.

Tabela 3 – Comparação entre o índice de mortalidade do APACHE II, a expectativa dos médicos quanto ao óbito dos pacientes, a evolução de cada paciente e o motivo da sua internação na UTI.

Paciente	Índice de mortalidade do APACHE II (%)	Expectativa de óbito média pelos médicos da UTI (%)	Evolução do paciente	Motivo da Internação na UTI
1	26,2	77,7	Óbito	Hantavirose
2	60,5	69,1	Óbito	AVE
3	46	45,3	Alta	Sepse
4	4,2	20,6	Alta	IAM
5	11,3	17,9	Alta	PO eletivo
6	7,6	29,9	Alta	Sepse
7	4,4	16,8	Alta	Sepse
8	12,9	32,1	Alta	PO eletivo
9	14,6	12,1	Alta	Quase afogamento
10	21	24	Óbito	Pancreatite
11	55,8	71,2	Alta	Pós RCR
12	18,5	36	Óbito	PO urgência
13	18,6	51,9	Óbito	IR, HIV+
14	29,1	43	Alta	I RpA
15	9,9	9,3	Alta	PO eletivo
16	46	37	alta	IAM

Fonte: UTI do HU/UFSC, 01 de Novembro a 15 de Dezembro de 2004;

AVE = Acidente Vascular Encefálico, IAM = Infarto Agudo do Miocárdio PO = Pós-operatório, RCR = Reanimação Cardiorrespiratória, IR = Insuficiência Renal, IrpA = Insuficiência Respiratória Aguda

Na Figura 1 pode-se observar a taxa de mortalidade real, o índice médio do APACHE II e expectativa dos médicos do grupo 1 quanto ao óbito dos pacientes.

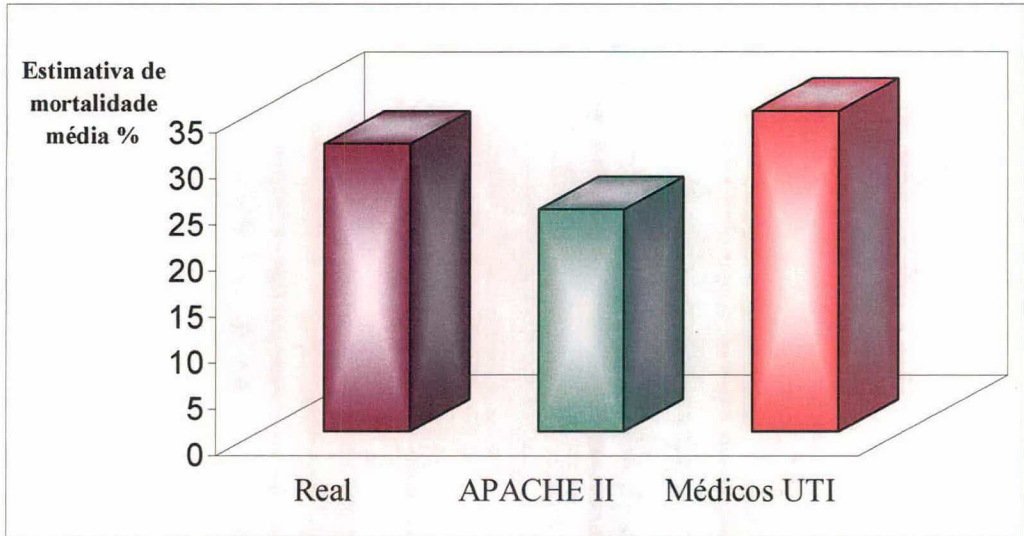


Figura 1 - Taxa de mortalidade real, índice APACHE II médio e expectativa dos médicos do grupo 1 quanto à previsão de óbito dos pacientes.

Considerando-se como ponto de corte entre a vida e a morte um valor de 50%, a análise das variáveis demonstrou não haver diferença estatisticamente significativa entre a previsão de óbito fornecida pelo índice APACHE II, pela percepção dos médicos da UTI e a evolução real dos pacientes.

A previsão de óbito média fornecida pelo índice APACHE II e pelos médicos do grupo 1, subdivididos de acordo com a idade, o sexo e o tempo de serviço na UTI, podem ser observadas nas Figura 2,3 e 4.

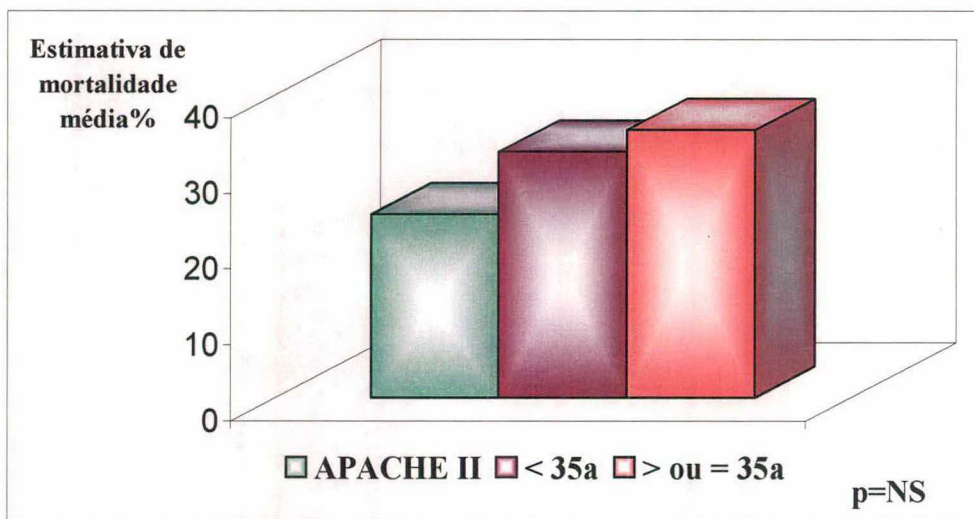


Figura 2 – Previsão de óbito média pelo índice APACHE II e pelos médicos do grupo 1 com mais ou menos de 35 anos.

* NS = Não Significante

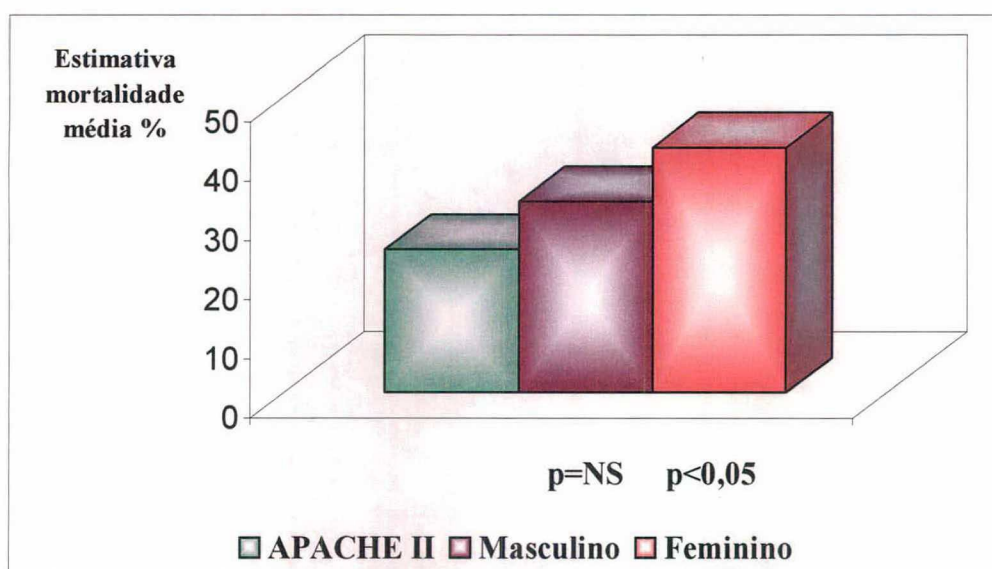


Figura 3 – Previsão de óbito média pelo índice APACHE II e pelos médicos do grupo 1 dividindo-se estes profissionais por sexo.

* NS = Não Significante

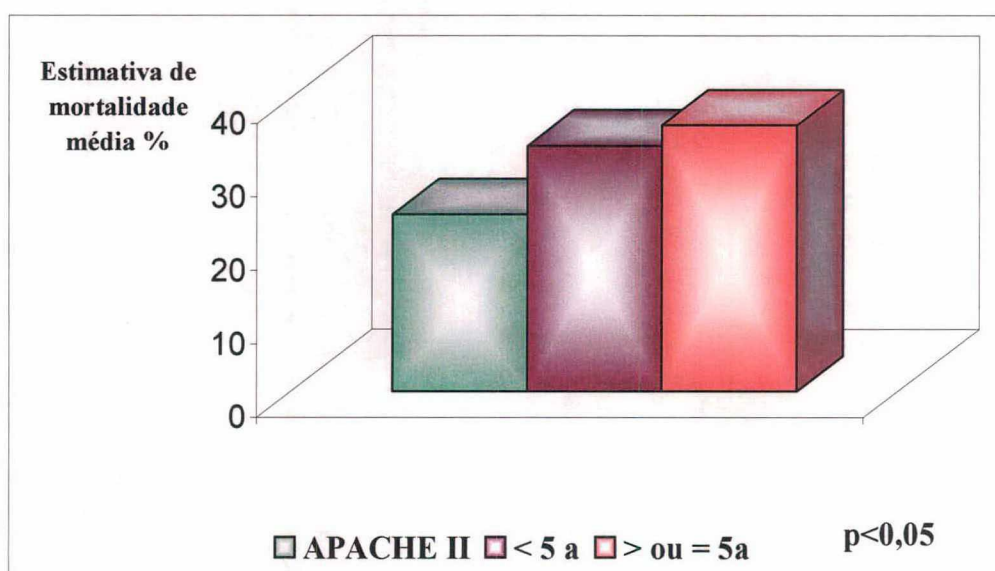


Figura 4 – Previsão de óbito média pelo índice APACHE II e pelos médicos do grupo 1 com mais ou menos de 5 anos de serviço em UTI.

A equivalência entre a previsão de óbito média obtida pelo índice APACHE II e pelos profissionais do grupo 1, através de um ponto de corte de 50%, é demonstrada na Figura 5.

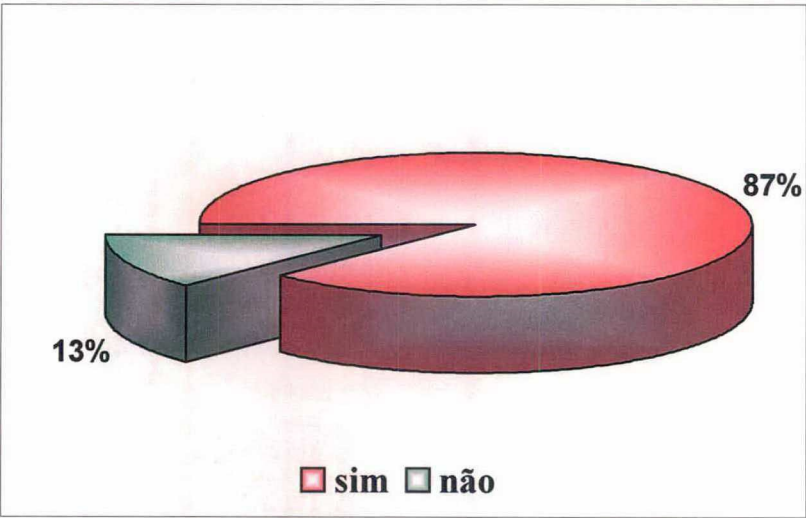


Figura 5 – Equivalência entre a previsão de óbito fornecida pelo índice APACHE II e pelos médicos do grupo 1.

Na Tabela 4 podem ser analisados os resultados da previsão de óbito fornecida pelo índice APACHE II, pelos médicos do grupo 1 e do grupo 2 e a evolução real dos pacientes incluídos na segunda fase deste estudo.

Tabela 4 – Comparação das previsões de óbito obtidas pelo índice APACHE II, pelos médicos do grupo 1 e do grupo 2 e a evolução real dos pacientes incluídos na segunda fase deste estudo.

Casos Clínicos	Média da previsão de óbito pelo APACHE II (%)	Média da previsão de óbito pelos médicos do grupo 1 (%)	Média da previsão de óbito pelos médicos do grupo 2 (%)	Evolução do paciente
1	60,5	69,1	87,7	Óbito
2	11,3	17,9	16,3	Alta
3	55,8	71,2	35,7	Alta
4	18,5	36	23,6	Óbito
5	18,6	51,9	52	Óbito

Fonte: HU/UFSC 01 de Novembro a 15 de Dezembro de2004/Fevereiro de 2005

A previsão de óbito obtida pelo índice APACHE II, pelos médicos do grupo 1 e pelos médicos do grupo 2 para cada caso clínico é demonstrada na Figura 6. Ressalta-se que a média desta, em percentual, para o índice APACHE II, para os médicos do grupo 1 e para os médicos do grupo 2 foi, respectivamente, 32,9%, 48,8% e 43%.

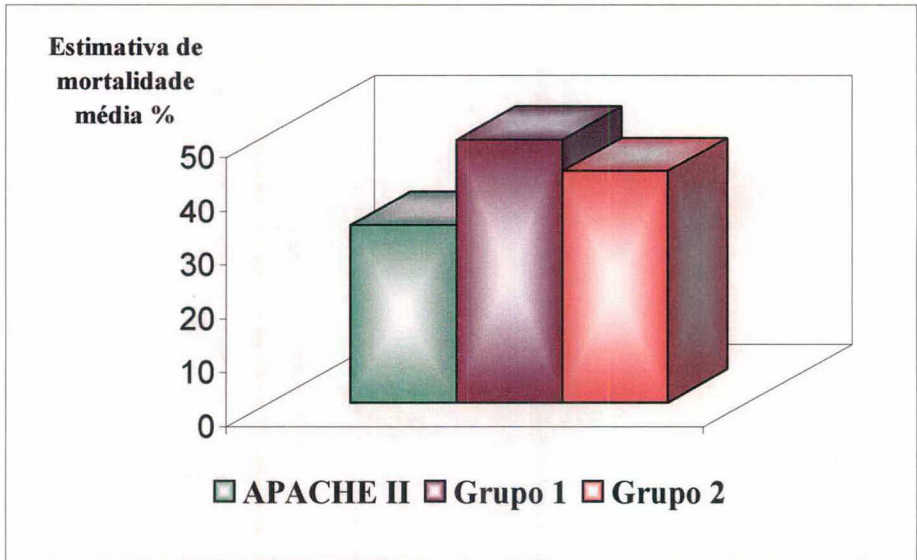


Figura 6 – Média da previsão de óbito pelo índice APACHE II, pelos médicos do grupo 1 e pelos médicos do grupo 2.

5 – DISCUSSÃO

A análise dos dados demográficos dos médicos participantes deste estudo demonstrou que esses profissionais eram na maioria de religião católica e do sexo feminino. Ressalta-se que a religião católica é a predominante no Brasil³³, e que as mulheres têm conquistado, cada vez mais, o seu lugar nas profissões que foram consideradas exclusividade do sexo masculino por muito tempo³⁴.

No que concerne aos resultados objetivos, obtidos através do índice prognóstico APACHE II, os valores encontrados neste estudo foram semelhantes aos de vários trabalhos científicos realizados em UTIs gerais^{19,20,23,25,26,31}.

A literatura médica está dando, cada vez mais, importância ao domínio qualitativo do saber, caracterizado pelas observações pessoais, reflexões e julgamentos^{35,36}. Os autores deste trabalho seguem essa linha de raciocínio, principalmente ao avaliar a Tabela 2. Nessa tabela pode ser observado que, independentemente de valores numéricos, os médicos de grupo 1 acertaram 69% das evoluções reais apresentadas pelos pacientes incluídos neste estudo. É importante ressaltar que o pensamento clínico do médico, ao avaliar o paciente, leva em consideração particularidades não mensuradas em escalas ou índices prognósticos. Cita-se como exemplo o caso nº 1, que se referia a um paciente com Hantavirose. Por conhecerem a evolução clínica e o prognóstico dessa patologia específica, os médicos do grupo 1 não acreditavam na recuperação deste paciente durante a sua permanência na UTI. Entretanto, se o mesmo recebesse alta desta unidade, esses profissionais consideraram que haveria grande chance da sua plena recuperação. Corrobora com essa afirmação o resultado obtido do índice APACHE II, que para esse mesmo paciente previu um risco de morte de 26,2% enquanto o risco de morte previsto pelos médicos foi de 77,7%. Adiciona-se que esse paciente morreu durante a sua internação na UTI. Pode-se inferir, a partir destes resultados, que para a análise individual do paciente, a avaliação dos médicos é melhor do que a de índices prognósticos. Resultados semelhantes são descritos na literatura revisada^{18,19,26,29,31,37,38}.

Terzi e cols realizaram em 2002 um estudo onde foi demonstrado que para a avaliação individual do paciente é necessário que cada UTI possua o seu próprio índice prognóstico, devido às diferenças desses serviços das quais se destacam: diferenças epidemiológicas, demográficas, nutricionais e imunológicas. Esses autores ressaltam que o índice prognóstico

APACHE II é ajustado conforme a categoria diagnóstica apresentada pelo paciente e que frequentemente se torna difícil, senão impossível, mesmo para profissionais experientes, catalogar um diagnóstico de entrada que satisfaça o médico, pois o APACHE II só dispõe de 48 possibilidades diagnósticas^{18,19}.

Os próprios autores desse índice¹⁰ descreveram suas limitações, principalmente no que concerne ao prognóstico do paciente com determinadas patologias, tais como aqueles vítimas de queimaduras, de insuficiência coronariana ou submetidos a cirurgia cardíaca. Neste trabalho, foram discordantes os valores obtidos pelo índice APACHE II e pela percepção do médico, sobre o prognóstico de um paciente com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Embora este paciente tenha recebido alta hospitalar, o seu prognóstico era bastante reservado, pois sofria de co-morbidades graves e incapacitantes. Para esse paciente, os médicos foram mais pessimistas do que a previsão do índice APACHE II, pois levaram em consideração a recuperação total do paciente. Pode-se apontar como uma das falhas desse índice o fato de que o mesmo não avalia qual é a condição clínica do paciente no momento da alta hospitalar. Trabalhos recentes mostram a importância da avaliação da qualidade de vida após a alta da UTI e do hospital³⁹.

Ressalta-se que o índice prognóstico APACHE II é útil e apresenta bons resultados quando avalia a qualidade do atendimento e compara diferentes serviços. É também aceito para o controle de trabalhos científicos, de benefícios de novas terapêuticas e do prognóstico de pacientes graves que apresentam um risco de mortalidade menor que 30%,^{18,19,29,31,41}.

Neste estudo foi constatado que, de uma maneira geral, a previsão de óbito para os pacientes foi subestimada pelo índice APACHE II e superestimada pela percepção dos médicos do grupo 1 quando comparados com a evolução real dos pacientes. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre estas duas formas de predizer mortalidade. Resultados semelhantes são encontrados na literatura médica^{25,31,40,42}. Kruse e cols²⁵ demonstraram não haver diferença estatisticamente significativa entre o APACHE II e a predição de mortalidade pelos médicos da UTI quando considerado como ponto de corte, entre a vida e a morte, um valor de 50%. No trabalho de Marcin e cols⁴⁰ foram avaliados, quanto ao prognóstico dos pacientes, os profissionais de uma UTI pediátrica, o índice de gravidade *Pediatric Risk of Mortality* (PRISM) III e a associação dos dois através de um modelo estatístico chamado Bayesian. Os resultados foram de que tanto os índices objetivos quanto os subjetivos apresentam equivalência para predizer mortalidade.

Vincent⁴³, em 2001, demonstrou que os médicos do norte da Europa com mais de 40 anos e aqueles que são professores escolhem mais a terapêutica de recusa ou retirada do tratamento. Outros trabalhos demonstraram que os médicos apresentam um maior pessimismo em relação ao prognóstico de pacientes graves do que índices prognósticos objetivos^{28,38,44}. Neste trabalho foi constatado que há uma tendência pessimista entre os médicos da UTI, principalmente nas mulheres e naqueles com mais de cinco anos de serviço nestas unidades. Esses resultados são concordantes com os dos trabalhos apontados anteriormente. É importante mencionar que o maior pessimismo apresentado pelas profissionais do sexo feminino pode ser devido ao fato dessas profissionais trabalharem há mais de cinco anos em UTI.

Quando foi adotado um ponto de corte de 50% entre a vida e a morte, foi constatado que o índice APACHE II apresentou concordância com a evolução real dos pacientes incluídos neste estudo em 69% dos casos. Para os médicos do grupo 1 este valor foi de 81%. Embora não haja diferença estatisticamente significativa entre esses resultados, deve-se ressaltar que, mesmo sendo mais pessimistas, de uma forma global, os médicos apresentaram um melhor desempenho do que o índice prognóstico APACHE II^{18,19,26,29,31,37,38,40,42}. Kruse e cols²⁵ concluíram seu trabalho afirmando que a avaliação clínica cuidadosa continua sendo uma técnica simples, prática e válida para avaliar gravidade de doença e risco de mortalidade em pacientes individuais.

Quando observados os resultados obtidos pelos médicos de grupo 2, constatou-se que esses profissionais também apresentaram um maior pessimismo quanto ao prognóstico de paciente graves e que, quando considerado como ponto de corte entre a vida e a morte um valor de 50%, esses profissionais apresentaram concordância com a evolução real dos pacientes analisados em 80% dos casos. Pode-se inferir que quando se trata de gravidade de doença, os médicos apresentam um bom desempenho em relação à identificação desses casos^{26,29,37}.

Diante do exposto pode-se concluir que os médicos apresentam um maior poder de diferenciar pacientes que irão sobreviver daqueles que irão morrer, principalmente no que concerne aos casos de gravidade extrema^{18,24-31,37,38,40,41}. Esse fato pode ser decorrente de a avaliação desses profissionais ser realizada de uma maneira mais ampla, sendo considerados fatos objetivos e subjetivos, difíceis de serem mensurados através de escalas numéricas.

Como fatores limitantes desse trabalho deve ser ressaltado o número de profissionais analisados (12), o que pode ser muito pequeno para uma análise geral. Entretanto, todos os médicos que trabalham na UTI analisada, no período diurno, participaram do estudo. Outro fato é o de que esses profissionais pertencem a um tipo específico de UTI (universitária e geral), o que pode causar um viés neste trabalho. Também deve ser apontado como um fato negativo o de não haver sido realizada a avaliação da qualidade de vida daqueles que receberam alta da UTI e do hospital. Esse fato ocorreu pela falta de tempo hábil para essa avaliação. Os autores permitem-se sugerir que sejam realizados novos trabalhos que possam avaliar diferentes UTIs e a qualidade de vida dos pacientes após a alta dessas unidades.

6 – CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados pode-se inferir que:

1. Tanto o índice APACHE II quanto a percepção do médico sobre o prognóstico de pacientes graves são equivalentes à evolução real apresentada pelos mesmos;
2. Existe uma tendência percentual de que os médicos sejam mais pessimistas quanto ao prognóstico de pacientes graves, principalmente entre aqueles que trabalham em UTI. Destes, os que apresentam maior tempo de serviço são os mais pessimistas.

7 – NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas foram as constantes na resolução número 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC, conforme aprovado em 05 de julho de 2001.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo Neto JP. Centro de tratamento intensivo e anestesiologia. Rev Bras Anesthesiol 1983; 33(1):63-5.
2. Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte[dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. 131p.
3. Machado FO, Moritz RD. Critérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva. In: Corrêa Neto Y, Sobierajski A, Valin RC. Manual de Terapêutica Clínica / Associação Catarinense de Medicina. 2a ed. Florianópolis: Expert Cópias & Gráfica Expressa; 1999. p 504-6.
4. Costa JL. Falta de Leitos de UTI: a ponta do iceberg. Atualidades AMIB 2003; 28(2):10-2.
5. Kalb PE, Miller DH. Utilization strategies for intensive care units. JAMA 1989; 261:2389-95.
6. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: Results of an ethical questionnaire. Intensive Care Med 1990; 16(4):256-64.
7. Strauss MJ, LoGerfo JP, Yeltatzie JA, Temkin N, Hudson LD. Rationing of intensive care unit services: An everyday occurrence. JAMA 1986 Mar 7; 255(9):1143-46.
8. Consensus Development Panel: Critical Care Medicine. JAMA 1983; 250:798-804.
9. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. Crit Care Med 1981 Aug; 9(8):591-7.
10. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med 1985 Oct; 13(10):818-29.
11. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, et al. The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. Chest 1991 Dec; 100(6):1619-36.
12. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A, Glaser P, Granthil C, Mathieu D, et al. A simplified acute physiology score for ICU patients. Crit Care Med 1984 Nov; 12(11):975-7.

13. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA* 1993 Dec 22-29; 270(24):2957-63.
14. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *JAMA* 1993 Nov 24; 270(20):2478-86.
15. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Saulnier F, Alberti C, Artigas A, et al. The Logistic Organ Dysfunction system. A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. ICU Scoring Group. *JAMA* 1996 Sep 11; 276(10):802-10.
16. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med* 1995 Oct; 23(10):1638-52.
17. Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Melot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA* 2001 Oct 10; 286(14):1754-58.
18. Terzi RGG, Gómez MI, Araujo S, Dragosavac D, Falcão ALE, Machado HC. Índices prognósticos em Medicina Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2002; 14(1):6-21.
19. Alves CJ, Terzi RGG, Franco GPP, Malheiros WMP. Comparação entre o Modelo UNICAMP II e o APACHE II em uma UTI Geral. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2003;15(4):144-52.
20. Costa NS. Validação do sistema APACHE II na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário – UFSC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. 29p.
21. Garcia RA. Critérios de Internação e de Alta. In: David CM, Pinheiro CTS, Silva NB, Freddi NA, Neto AR, editores. *Medicina Intensiva / Associação de Medicina Intensiva Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004. p 109-14.
22. Brasil, Ministério da Saúde: Portaria nº 2.918 de 09 de junho de 1998: Estabelece Critérios de classificação entre as unidades de tratamento intensivo. *Diário Oficial da União* 1998; 11(15 de junho 1998):39.
23. Chiavone PA, Sens YAS. Evaluation of APACHE II system among intensive care patients at a teaching hospital. *São Paulo Medical Journal / Revista Paulista de Medicina* 2003; 121(2):53-7.

24. Wagner DP, Knaus WA, Harrell FE, Zimmerman JE, Watts C. Daily prognostic estimates for critically ill adults in intensive care units: Results from a prospective, multicenter, inception cohort analysis. *Crit Care Med* 1994 Sep; 22(9):1359-72.
25. Kruse JA, Thill-Baharozian MC, Carlson RW. Comparison of clinical assessment with APACHE II for predicting mortality risk in patients admitted to a medical intensive care unit. *JAMA* 1988 Sep; 260(12):1739-42.
26. McClish DK, Powell SH. How well can physicians estimate mortality in a medical intensive care unit? *Med Decis Making* 1989 Apr-Jun; 9(2):125-32.
27. Poses RM, Bekes C, Copare FJ, Scott WE. The answer to "What are my chances, doctor?" depends on whom is asked: Prognostic disagreement and inaccuracy for critically ill patients. *Crit Care Med* 1989 Aug; 17(8):827-33.
28. Poses RM, McClish DK, Bekes C, Scott WE, Morley JN. Ego bias, reverse ego bias, and physicians' prognostic. *Crit Care Med* 1991 Dec; 19(12):1533-39.
29. Brannen AL II, Godfrey LJ, Goetter WE. Prediction of outcome from critical illness. A comparison of clinical judgment with a prediction rule. *Arch Intern Med* 1989 May; 149(5):1083-86.
30. Perkins HS, Jonsen AR, Epstein WV. Providers as predictors: Using outcome predictions in intensive care. *Crit Care Med* 1986 Feb; 14(2):105-10.
31. Rocker G, Cook D, Sjokvist P, Weaver B, Finfer S, McDonald E et al. Clinician predictions of intensive care unit mortality. *Crit Care Med* 2004; 32(5):1149-54.
32. Cordeiro F. Prolongar artificialmente a vida: quando e como? *Ver Ass Med Bras* 1993; 39(1):59-60.
33. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) In: Wikipédia – A enciclopédia livre. Religiões do Brasil. 2000. Disponível em http://pt.wikipedia.org/religiões_do_Brasil.
34. Rosa TT. Mulheres na Medicina: suas contribuições para o desenvolvimento das ciências médicas. *Brasília Med* 2003; 40(1/4):23-6.
35. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358(9279):397-400.
36. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *Bmj* 1998;316(7139):1230-2.

37. Barrera R, Nygard S, Sogoloff H, Groeger J, Wilson R. Accuracy of predictions of survival at admission to the intensive care unit. *J Crit Care* 2001 Mar;16(1):32-5.
38. Marcin JP, Pollack MM, Patel KM, Ruttimann UE. Combining physician's subjective and physiology-based objective mortality risk predictions. *Crit Care Med* 2000 Aug; 28(8):2984-90.
39. Eddleston JM, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med* 2000; 28(7):2293-99.
40. Marcin JP, Pollack MM, Patel KM, Sprague BM, Ruttimann UE. Prognostication and certainty in pediatric intensive care unit. *Pediatrics* 1999 Oct; 104(4 Pt 1):868-73.
41. Schafer JH, Maurer A, Jochimsen F, Emde C, Wegscheider K, Arntz HR et al. Outcome prediction models on admission in a medical intensive care unit: do they predict individual outcome? *Crit Care Med* 1990 Oct; 18(10):1111-8.
42. Christensen C, Cottrell JJ, Murakami J, et al. Forecasting survival in the medical intensive care unit: A comparison of clinical prognosis with formal estimates. *Methods Inf Med* 1993; 32:302-8.
43. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 2001; 29(2):N52-N55 suppl.
44. Frick S, Uehlinger DE, Zeurcher Zenklusen RM. Medical futility: Predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors – a prospective comparative study. *Crit Care Med* 2003; 31:456-61.

APÊNDICE 1

PROTOCOLO PROFISSIONAL DE SAÚDE **Protocolo:.....**

- Sexo: ☐ Masc ☐ Fem Idade:.....
- Raça: ☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Outras
- Religião: ☐ Cristão ☐ Agnóstico / Ateu ☐ Outra
- Profissão:.....
- Formação: ☐ Medicina ☐ Enfermagem ☐ Curso técnico
- ☐ Título Especialista ☐ Especialização em UTI
- ☐ Especialização em UTI ☐ Outra especialização
- ☐ Outra especialização ☐ Professor (☐ Mestrado / ☐ Doutorado)
- ☐ Professor (☐ Mestrado / ☐ Doutorado)
- ☐ Residente (☐ UTI / ☐ CLM / ☐ CLC)
- Tempo de serviço em Hospital:anosmeses
- Tempo de serviço em UTI's:.....anosmeses
- Tempo diário de serviço na UTI:(horas/dia)

PROTOCOLO PACIENTE:..... APACHE:.....

Admissão do paciente (D0)
(Data:/...../..... dd/mm/aa)

- Critério de admissão*: ☐1 ☐2 ☐3 11- Se 03, internou por pressão de quem: ☐família
- Perspectiva do paciente: ☐médico assistente
12.1- Sobreviver na UTI: ☐consciência

Certamente Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Certamente Não		

12.2- Sobreviver na Enfermaria:

Certamente Sim	Provavelmente Sim		Provavelmente Não		Certamente Não	

- **Expectativa de óbito:**

critérios de Admissão:

Pacientes com doença aguda reversível, instáveis, criticamente doentes, necessitando de tratamento intensivo, tais como suporte ventilatório e infusão de drogas vaso-ativas. Como exemplo cita-se o paciente com pneumonia e síndrome da angústia respiratória aguda.

Pacientes com probabilidade de tornarem-se agudamente enfermos, necessitando de monitoração/observação. Os pacientes com infarto agudo do miocárdio constituem um exemplo característico, bem como aqueles submetidos a intervenções cirúrgicas extensas e de mais de 4 horas de duração.

Pacientes criticamente doentes, instáveis, cujo estado prévio de saúde (doença de base ou aguda) isolada ou associada, uz intensamente a probabilidade de recuperação e o benefício de tratamento em UTI. Exemplifica-se com o paciente cêmico não terminal, que na vigência do tratamento desenvolve uma infecção severa.

nte: Manual de terapêutica Clínica Médica/Associação Catarinense de Medicina. Correa Neto, Ylmar; Santos, André pierajski dos; Valim, Regina Célia (org.). – 2. ed. Revisada e ampliada. – Florianópolis: ACM, 1999. Pág. 504-506.

APÊNDICE 2

CASO CLÍNICO 1

Data admissão UTI: 08/11/04 15:45h

Trata-se de paciente masculino, 57anos, procedente da EMG onde deu entrada de madrugada com quadro súbito de afasia e hemiplegia D. Antecedentes de HAS (fazia uso de Captopril 25mg 1x/d) e dislipidemia. À chegada apresentava Glasgow 10 (4+1+5), PA 140/100, pupilas isocóricas. Hoje pela manhã foi encaminhado para TC de crânio que evidenciou hematoma intraparenquima nos núcleos da base à E (6,5X4,0X3,5 cm) com halo de edema desviando LM em 1cm. Foi avaliado pela neurologia com indicação de cirurgia.

Chega à UTI ventilando espontaneamente, com O2 nasal, acesso venoso perif., sonda vesical. Ao exame: PA 150X80 FC 98 spO2 96%

AC: RCR 2T

AP: MV + bilateralmente, diminuído em hemitórax D

Abdome: depressível

Neurol.: pupila E discretamente maior que pupila D, Glasgow 4+1+6 (cumpre ordem, apertou mão E, hemiparesia D), Babinski à E, reflexo cutâneo plantar indif.

Às 17:00h: Glasgow 9

Às 19:30h: paciente entubado e colocado em VM (Fentanil + Midazolam EV), localiza estímulos à dor, pupilas com anisocoria moderada (E>D). Sem arritmias, sem drogas vasoativas.

09/11/04 08:00h

BH +380ml

PA 158/80 – 180/100 (apenas 2 ep. PA 180/100), FC:64-111, FR 20-24, T 37,1 – 38,4 (febre 3x e febrícula no restante do período), Sat O2 93-98%

Em VM

Gasos: pH 7,47 pO2 236 pCO2 33 SatO2 100% BE 1 Bic 24

PA 110/50 FC 145 FR 20 Sat O2 97% Diurese 1200ml

Glasgow 3 (1+1+1), pupilas midriáticas, anisocóricas com D>E e resposta débil à luz

Córneo-palpebral ausente, óculo-cefálico ausente, drive respiratório 4mr p/m, plegia generalizada, Babinski indiferente

ACP sp

Abdome sp

MMII sp

Exames laboratoriais: Na 134

K 3,1

Cr 0,9

Ur 49

Glic 145

Hb 15,2

Ht 44,4

Leuc 20000

Seg 86%

Bast 6%

Linf 4%

Mon 4%

Plaq 279000 TAP 76,4

TTPA 0,9.

CASO CLÍNICO 2

Data admissão UTI 11/11/04 16:00h

Trata-se de paciente feminina, 22 anos, portadora de Distrofia Muscular apresentou quadro de colecistite sendo realizada hoje colecistectomia videolaparoscópica. Relato pela anestesia de EOT difícil. Encaminhada á UTI em PO, vigilância de quadro respiratório e uso de ventilação não invasiva.

Na UTI:

Paciente já acordada, contactuante, com leve dispnéia

AC: RCR, 2T, BNF

AP: MV + bilateralmente, diminuído discretamente em HTD

Abdome: leve desconforto à D, RHA +, depressível

MMII: pé torto congênito bilateralmente

Realizado RX de tórax e exames laboratoriais:

RX tórax: normal

Exames laboratoriais: Na 138	K 4,0
Cr 0,2	Ur 16
Glic 47	Hb 10,8
Ht 32,9%	Leuc 15110
Seg 88%	Bast 9%
Linf 2%	Mon 1%
Plaq 225000	

12/11/04 08:00h

BH –150ml

Em 24 horas: PA 90/50 – 120/50 (mantendo 100/50), FC 70 – 96, FR 18 – 29 (sem VM),

Tax 36 – 36,5°C

No momento: BEG, LOC, hipocorada, hidratada, anictérica, acianótica

Glasgow 15

PA 100/60 FC 94 FR 20 Sat O2 99% (com O2 4l/min) Tax 36,3°C

ACP: sp

Abdome: semi-globoso, doloroso à movimentação e palpação, RHA +, timpânico

MMII: sem edema, panturrilhas livres

Gasometria: acidose metabólica não compensada

PH 7,27	Pco2 31
PO2 35	Sat O2 98%
BE –12	Bic 14
CO2 31	

CASO CLÍNICO 3

Data admissão UTI: 23/11/04

Trata-se de paciente masculino, 73 anos, branco, chegou no EMG deste hospital procedente do domicílio (Lagoa). Início súbito há aproximadamente 1h de dispnéia (após estresse emocional). Nega dor torácica. No caminho perdeu a consciência e não recebeu assistência (veio com familiares). Chegou na EMG em PCR que recuperou rápido com desfibrilação (300W). Recebeu Midazolam EV. Saiu da EMG com PA de 120x90. Paciente previamente hipertenso, com história de dispnéia de esforço e com aneurisma da aorta tóraco-abdominal. Realizou cateterismo há 1 ano apresentando lesão severa da DA proximal com indicação de revascularização miocárdica porém pte recusou-se de realizar tal procedimento. DM-.

Chega UTI com PA:80x60. Após IOT houve saída de restos alimentares pelo TOT.

Aval. Neurol: recebeu Midazolam EV. Após 5h: abre olhos aos chamados, cumpre ordens verbais, move MMSS bilateralmente (com dificuldade).

PA: 80x60 Após 5h, PA: 120x80. Boa diurese.

FC: 100bpm (ritmo sinusal)

AC: RCR 2T bulhas hipofonéticas

AP: MV+ bilat. sem RA

Abdome: globoso, flácido, RHA+

MMII: pulsos pedioso presentes, finos

ECG: Supra ST V1 – V6. Feito Streptoquinase 750000 UI (houve sgto bucal discreto a moderado)

Evolução:

Em 6h: PA 90x50 – 110x90 FC: 99 – 123 FR: 14 – 22 T: 35 – 36,5°C Sat O2: 89 – 96%

ECG (após STK): Supra ST V1-V3 + Q V1-V3

CK:72 CKMB:25

PH:7,32 pO2:81 pCO2:55 BE:1 Bic:28 Sat O2:95%

No momento: PA:110x60 FC:100 FR:15 Sat O2:96% T:37,3°C

Glasgow:11 (TOT) Ramsay:3

Sangramento oral e uretral

AC: RCR 2T bulhas hipofonéticas

AP: MV +, EC em bases bilaterais

Abdome: globoso, RHA+, depressível, flácido, indolor

MMSS: pulsos +, finos, bom enchimento capilar;

MMII: pulsos não palpáveis, embora bom enchimento capilar.

Após 4h: diurese 1200ml em 10h (com diurético)

Apresentando sgto cavidade oral e discreta hematúria;

VM no EVITA

PA:110X60 FC:107 FR:17 Sat O2:96%

AC: RCR 2T bulhas hipofonéticas

AP: MV diminuído em base E, alguns EC base D;

Abdome: globoso, algo distendido

MMII: pulsos diminuídos;

Neurológico: sob sedação. Pupilas mióticas, reage debilmente a dor.

Exames Lab: Na:136 K:3,8 Ca:9,1 Mg:2,3 Cr:1,2 Ur:34 Hb:16,6 Ht:48,3 Leuco:21940

Seg:81% Bast:6% Linf:7% Mono:6% Plaquetas:266000 TAP:40% TTPA:1,8

CASO CLÍNICO 4

Data admissão UTI 23/11/04

Trata-se de paciente masculino, 52 anos, portador de DPOC e RCUI. Iniciou há mais ou menos 30 dias com atividade da doença (RCUI), encaminhado e trazido ao HU há mais ou menos 20 dias onde permaneceu internado para tratamento clínico da doença. Há mais ou menos quatro dias apresentou sinais de pior, quando se iniciou hidrocortisona EV e associação de Rocefin com Clindamicina para hemocultura positiva para E. coli (sensível aos ATBs) .

Chega do CC onde foi submetido a colectomia total e ileostomia terminal sem intercorrências. O cólon embora não friável estava dilatado e com tónus. Ato anestésico sem intercorrências.

Exame físico:

Pcte anictérico, acianótico, afebril

PA 105/70 FC 96 FR 28 T:35,2° C

AC: RCR 2T BNF S/S

AP: MV + bilateralmente e simétrico

Abdome: RHA ausentes

MMII: sp

24/11/04 08:00h

Diag: Megacólon tóxico

RCUI

DPOC?

Sepse por E. Coli

Em 24h: PA 144/88 – 105/70 FC 74 – 96 FR 24 – 32 T 35,2 – 36,8°.C SatO2 94-97%
HGT 156 – 123 – 130

BEG, sonolento, confuso, corado, hidratado, eupnéico, contactuante

PA 140/70 FC 83 FR 27 T 37°.C Sat O2 96%

Glasgow 14 Ramsay 2

AC: RCR 2T BNF S/S

AP: MV diminuído em base D

Abdome: plano, flácido, doloroso à palpação, RHA-

MMII: panturrilhas livres, edema de pés e 1/3 distal de pernas ++/4+

Gasometria: pH 7,45 pCO2 33 CO2t 23 PO2 101 SatO2 98% BE 0 Bic 22

Exames laboratoriais: Gli 95 K 3,1 Ptna 3,8
Ca 6,4 Mg 1,7 Alb 1,9
P 2,8 Cr 0,4 Ur 23
Al 4,4 Na 134 Lact 4,4
Hb 10,9 Ht 33,7 Leuco 15070
Seg 78% Bast 13% Linf 4%
Mon 4% Eosin 1% Plaq 105000
TAP 61,9 TTPA 1,1

À tarde:

PA 130/70 – 150/80 FC 75 – 104 FR 23 – 32 T 36,8 – 37,2o.C Sat O2 95 – 96%

Em Macro O2 7l: confortável, mantendo Sat O2

RX tórax: Atelectasia?

**“À Raíssa Antônia,
minha vida, meu amor, minha linda,
que me faz a mãe
mais feliz do mundo.”**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e amiga, Dra. Rachel Duarte Moritz, pelo carinho, atenção e ajuda oferecidos quando mais precisei. Este trabalho existe por causa de você. Muito obrigada!

Aos meus pais, Salete Frare Schwingel e Otávio Estácio Schwingel, motivos da minha existência, pelo incentivo, amizade e proteção. Amo vocês!

Ao meu noivo, Maico Matos Menegola, por aceitar a minha ausência nos poucos momentos em que estivemos juntos. Você é o responsável por tornar a minha vida cheia de luz, serei eternamente grata por isto.

À Elisa Alberton Haas, por estar sempre por perto com sua ternura e seu carinho.

À minha dupla do internado e de tantas outras “aventuras”, Larissa Martini, por me ajudar e me fazer feliz em tantos momentos importantes de minha vida.

Aos meus amigos da Med 992.

A todos os profissionais que despenderam o seu tempo para me auxiliar na execução deste projeto.

Ao Dr. Fernando Osni Machado pelo Summary e pelo apoio durante a realização deste trabalho.

A Deus, força maior, por me guiar e me dar coragem para continuar lutando.

CASO CLÍNICO 5

Data admissão UTI: 25/11/04

Trata-se de paciente masculino, 35 anos, procedente da emergência, onde se encontra internado há 06 dias com quadro de SIRS e Acidose metabólica importante associado à disfunção hepática e lactato bastante elevado (> 10). Apresentou diagnóstico de HIV recentemente (esta semana). Relata quadro de astenia, fadiga e emagrecimento de aproximadamente 20 Kg em 3m, associado à tosse seca, dispnéia e febre intermitente desde início do quadro. Chegou a realizar tratamento com Levofloxacina por 10d (no início do quadro) há 2m com reversão parcial e temporária dos sintomas. Refere piora da dispnéia há 3 sem, associado à polidipsia e também aumento do volume urinário-sic. Referindo também, desde início internação, desconforto abdômen superior, tipo cólica-sic e náuseas.

Realizou na EMG: USG de abdômen total (nl), Ecocardiograma (nl), PL (nl) e Rx tórax (nl).

Apresentou também diminuição progressiva do Ht 25,6 \rightarrow 18,4 (4 dias), recebendo CH 2 UI EV. Desde início plaquetopenia e leucograma com desvio escalonado; no Hg inicial linfócitos atípicos 8%. Sat venosa O₂ (nl).

Chega UTI respirando espontaneamente, ar ambiente;

PA: 130x70 FC:114 FR:26 T:36,5°C Sat O₂: 98%

Glasgow 15 Pupilas nls

AC: RCR 2T BNF

AP: MV+ bilat., sem RA

Abdome: plano, RHA+, depressível, flácido, doloroso à palpação profunda de abdome superior, hepatomegalia (borda hepática aproximadamente 4 dedos abaixo RCD), Traube ocupado

MM: pulsos amplos, bom enchimento capilar, petéquias em regiões axilares, panturrilhas livres, sem edema, lesões eritematosas nos pés;

Pequenos linfonodos em região cervical.

Sem sinais de irritação meníngea. Glasgow: 15. Ramsay:2.

Exames Laboratoriais:

Na: 134 K:4,4 Cr:1,7 Gli:94 TGO:337 TGP:120 Falc:568 γ GT:1284 LDH:3650
Hb:10,8 Ht:30,3 Leuco:7500 Seg:43% Bast:19% Linf:21% Mono:9% Eosi:1%
Metamiel:5,0/2 Plaq:300000 TAP:41,3 TTPA:1,6 Eritroblasto:3 Sat ven O₂:81% Ac Ur:21,7
Cloretos:111 P:9,6 PT:7,2 Alb:2 Mg:2,3. Linfócitos atípicos + Eritroblastos. CD4: 194
CD8:1882 HIV+.

Na urina: Ca:4,8 Cl:72 P:57,4 Gli:0 K:28,1 Na:77

Paciente evoluindo com alterações metabólicas compatíveis com Acidose Tubular Tipo II (HCO₃⁻:3).

Gasometria	(25/11)	(26/11)	Em 24h: T: 36 – 37,1°C
PH	7,17	7,16	FC: 53 -130
PCO ₂	10	10	FR: 20 - 31
PO ₂	151	127	PA: 110x70 – 140x70
Sat O ₂	99	98	Sat O ₂ : 97 - 98%
BE	-25	-25	HGT: 131 – 105
Bic Na	3	3	



03751619